

# *Avaliação de competências*

## de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil

I <sup>1</sup>Hesio Cordeiro, <sup>2</sup>Valéria Ferreira Romano, <sup>3</sup>Elaine Franco dos Santos, <sup>4</sup>Amílcar Ferrari, <sup>5</sup>Eliane Fernandes, <sup>6</sup>Telma Ruth Pereira, <sup>7</sup>Ana Tereza da Silva Pereira I

**Resumo:** Trata-se de um estudo quantitativo, realizado com base na análise de questionários aplicados a médicos e enfermeiros dos Estados do Maranhão, Tocantins, Pará e Amapá, no ano de 2006. A pesquisa é parte integrante do Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família (PROESF), subsidiado pela Fundação Cesgranrio. Foram respondidos 346 questionários, sendo 160 por médicos e 186 por enfermeiros. Dentre os resultados encontrados, está o fato de que médicos e enfermeiros que trabalham na Saúde da Família da Região Norte estabelecem um perfil profissional de competência onde há necessidades específicas de educação permanente. Conclui-se, portanto, que a mera adesão à Estratégia de Saúde da Família não garante por si só a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede, à melhoria da gestão e aperfeiçoamento da gerência do SUS. Além disso, a capacitação profissional é precária frente à demanda de formação exigida.

► **Palavras-chave:** competências profissionais; médicos e enfermeiros; Programa Saúde da Família.

<sup>1</sup> Médico; Mestre e Doutor Saúde Pública pela Universidade de São Paulo; coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. Endereço eletrônico: hesio@estacio.br

<sup>2</sup> Médica; Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (UERJ); Professora Adjunta na Universidade Federal do Rio de Janeiro - Medicina – Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS).

<sup>3</sup> Enfermeira; Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (UERJ). Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ).

<sup>4</sup> Fundação Cesgranrio.

<sup>5</sup> Fundação Cesgranrio.

<sup>6</sup> Fundação Cesgranrio.

<sup>7</sup> Fundação Cesgranrio.

## Introdução

O compromisso político de fortalecer a avaliação da Atenção Básica como uma estratégia de gestão do SUS tem sido uma realidade concreta em nosso país. Tal compromisso constituiu-se com o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), culminando mais recentemente com a AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família).

O objetivo do PROESF é “reestruturar a atenção básica, de modo especial, nos municípios com mais de 100 mil habitantes” (BRASIL, 2003), a partir da capacitação de recursos humanos, aquisição de veículos, equipamentos médicos e de suporte, reforma e locação de novas unidades de PSF, além de reforçar os sistemas de avaliação e monitoramento das ações. Ao todo, o PROESF prevê investimentos de US\$ 550 milhões até 2009 (BRASIL, 2003).

A dimensão de avaliação e monitoramento das ações motivou a realização deste estudo, principalmente devido ao fato de ter sido desenvolvido na Região Norte do país, revelando o olhar sobre as competências de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família locais.

O médico de família, ao estimular um pacto de co-responsabilidade junto aos indivíduos, às famílias e à comunidade, estabelece, de maneira geral, uma abordagem integral, contínua e dinâmica com as pessoas que acolhe. Desta maneira, há de se esperar que possua algumas competências consideradas essenciais a seu perfil profissional, a exemplo da competência em estabelecer vínculo com as pessoas. Em relação à competência, Perrenoud (1999, p. 35) reforça que “não existe uma definição clara e partilhada das competências. A palavra tem muitos significados, e ninguém pode pretender dar a definição”. No entanto, Maranhão (2003) realça o perfil profissional na área da saúde, a partir do pressuposto de que este deva compor-se “adequado e baseado em competências, habilidades e atitudes”.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) considera as competências como capacidades, ou saberes em uso, que envolvem conhecimentos, habilidades e valores. Como o conceito de competência ainda está em construção, e para que tenhamos um parâmetro, escolhemos, para fins de utilização neste estudo, o conceito de competência proposto pela LDB. Um profissional é competente quando “constitui, articula, mobiliza valores, conhecimentos e habilidades para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação” (BRASIL, 1996).

Sintonizando o discurso no foco da qualidade da atenção ofertada à população como uma medida complexa, de maneira a articular as políticas públicas, a formação profissional, as condições de trabalho, sobretudo numa área estratégica para a reorganização da Atenção Básica, como é a Saúde da Família, nos perguntamos:

- Qual seria o perfil profissional dos médicos e enfermeiros na Saúde da Família pesquisados?
- Quais seriam os conhecimentos, habilidades e valores básicos que necessitam ter para um bom desempenho profissional?

A partir dessas premissas, apresentamos uma discussão que aponta para os resultados de um estudo relativo a competências de médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família da Região Norte do país, realizada pela Fundação Cesgranrio em parceria com o Ministério da Saúde, respondendo a demandas de avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

## Proposta metodológica

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), no componente III, estabelece a realização de estudos de linha de base em municípios previamente selecionados, de maneira a permitir gerar informações e capacidade gerencial que garantam a sustentabilidade do projeto em suas quatro dimensões: político-institucional, organização da atenção à saúde, cuidado integral à saúde e desempenho do sistema de saúde.

A proposta metodológica deste estudo está focalizada na avaliação baseada em procedimentos de acreditação de cuidados básicos de saúde que ainda não foram consistentemente desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), combinados com a utilização de variáveis de indicadores e fontes de dados utilizados na programação local e no planejamento da saúde utilizados na Estratégia de Saúde da Família.

Os padrões para acreditação de atenção primária e de redes locais de serviços de saúde serviram para construir variáveis e indicadores que foram pesquisados nos municípios compreendidos no estudo. Tais variáveis foram definidas a partir dos padrões internacionais de organizações de atenção primária à saúde, desenvolvidos pela Joint Commission Internacional, desenhados para atender a propósitos de avaliação de organizações de cuidados primários, ambulatoriais e de cuidados às famílias.

A pesquisa propõe como um dos elementos metodológicos para avaliação do PROESE, variáveis relativas à verificação de competências dos membros da equipe de Saúde da Família, no recorte de médicos e enfermeiros, o que será útil para ações de capacitação e educação permanente destes profissionais. As competências foram agrupadas a partir de parâmetros recomendados pela WONCA Europa (Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar), com o apoio da Organização Mundial de Saúde Europa (OMS Europa) (WONCA EUROPA, 2007), como indicado a seguir:

- competências gerais;
- continuidade e integralidade do cuidado;
- prática em equipe;
- práticas e saberes orientados para a pessoa, a família e a comunidade;
- saberes e práticas capazes de resolver os problemas de saúde mais frequentes da localidade.

Foi utilizada metodologia qualitativa e quantitativa através dos dados advindos de um questionário semiestruturado, enviado pelo correio ao gestor local de saúde, que providenciava a entrega e posterior coleta do mesmo diretamente dos sujeitos da pesquisa, todos pertencentes às equipes de Saúde da Família presentes nos municípios abaixo citados. Foram selecionados 16 municípios em quatro estados da Região Norte, a saber:

1. Pará: Marabá, Ananindeua, Abaetetuba, Santarém, Cametá, Belém e Castanhal;
2. Amapá: Macapá;
3. Maranhão: Caxias, Codó, Imperatriz, São José do Ribamar, São Luís e Timon;
4. Tocantins: Palmas e Araçuáina.

O número total de sujeitos da pesquisa foi de 346 pessoas, divididos entre 160 médicos e 186 enfermeiros, conforme quadro 1, abaixo.

**Quadro 1: Quantitativo de questionários respondidos, por município e categoria, Maranhão, Tocantins, Pará e Amapá, 2006.**

Estados	Municípios	Médicos	Enfermeiros	Total por Município
MARANHÃO	Caxias	03	04	07
	Codó	04	05	09
	Imperatriz	13	13	26
	S. J. Ribamar	8	10	18
	São Luís	23	26	49
	Timon	35	43	78
Total		86	101	187
TOCANTINS	Araçuáina	11	13	24
	Palmas	08	09	17
Total		19	22	41
PARÁ	Marabá	02	02	04
	Ananindeua	07	08	15
	Abaetetuba	05	05	10
	Santarém	08	08	16
	Cametá	02	03	05
	Belém	21	23	44
	Castanhal	02	06	08
Total		47	55	102
AMAPÁ	Macapá	08	08	16
Total		08	08	16
Total Geral		160	186	346

Podemos observar que obtivemos resposta de 346 profissionais médicos e enfermeiros que atuavam na Estratégia de Saúde da Família, em seus respectivos municípios, no ano de 2006. Os quantitativos respondidos corresponderam, em sua grande maioria, à amostra pretendida, à exceção do município de Caxias, onde a resposta foi muito abaixo do esperado.

Foi elaborado um plano tabular para análise das respostas, geração de banco de dados e consolidação dos resultados, por município, utilizando planilha Microsoft Excel 2000.

## A Saúde da Família em perspectiva

A Saúde da Família, primeiro como um programa e hoje como estratégia, está integrada ao SUS desde 1994, quando incorporou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), até então existente em cidades de pequeno porte, principalmente no Nordeste brasileiro.

Enquanto o modelo definido para o fortalecimento da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família constitui-se como porta de entrada do sistema e como eixo central de organização do SUS. O Brasil tem hoje mais de 27 mil equipes de Saúde da Família, responsáveis pelo acompanhamento de quase 100 milhões de pessoas (BRASIL, 2008). Assim, a Saúde da Família prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. O atendimento é prestado no estabelecimento de saúde ou no domicílio pelos membros da equipe. Cada membro da equipe trabalha 40 horas semanais e pode cadastrar até 3.450 pessoas ou cerca de 1.000 famílias, de maneira que garanta cerca de 85% de resolubilidade esperados.

O enfoque é na família e não mais no indivíduo, e se caracteriza por ser uma unidade de saúde ativa, ou seja, não espera a vinda do usuário, indo em busca dele, em sua residência, através das visitas domiciliares que são realizadas por todos os membros da equipe, embora devam ser realizadas sistematicamente pelos agentes comunitários de saúde. Como há um cadastro prévio da comunidade, há também condições de planejamento de ações e estratégias para as características daquela população.

A valorização da saúde em detrimento da doença e do hospital, o resgate da relação serviço de saúde pública-usuário, a inclusão de novos princípios, como a promoção da saúde e a participação da comunidade no controle social, propiciam à Saúde da Família posição de destaque na consolidação do SUS.

O campo da saúde na Atenção Básica passou, assim, a ter como parâmetro de determinantes dos níveis de saúde de populações humanas, categorias para além da biologia humana, como: meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados médicos. Pensando a partir daí, poderemos imaginar consequências imediatas na prática profissional e na construção de competências específicas para os médicos e enfermeiros que atuam na Saúde da Família. Teriam eles as competências devidas ao exercício do desempenho profissional esperado?

A busca do perfil profissional desses profissionais deverá passar pelo registro da complexa tarefa de autorreflexão sobre suas práticas diante do usuário, uma vez que, ampliando-se o campo da saúde, ampliam-se também as ações a serem realizadas.

## Resultados

O questionário aplicado realizou perguntas comuns a médicos e enfermeiros e, após tabulação dos dados, apresentou resultados bastante similares entre os dois grupos, fazendo-nos supor que há um núcleo de competência compartilhada. Tais resultados encontram-se na tabela 1, abaixo, onde podemos analisar as competências que foram agrupadas a partir de parâmetros recomendados pela WONCA Europa (Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar), com o apoio da Organização Mundial de Saúde Europa (OMS Europa) (WONCA EUROPA, 2007), a seguir.

**Tabela 1: Referente ao entendimento e utilização das ferramentas básicas do Programa Saúde da Família, 2006**

Seções	Critérios	Adequado	Inadequado
Competências Gerais	Conceito ampliado de saúde, promoção e integralidade	+	-
	Continuidade com integralidade e problemas não selecionados	+	-
	Uso do sistema de informação e definição de prioridades	+	-
Continuidade e Integralidade do Cuidado	Cuidados continuados baseados nas necessidades dos usuários	+	-
	Uso de dados epidemiológicos para definir prioridades	+	-
	Disponibilização de serviços apropriados de acordo com as necessidades	+	-
Práticas em Equipe	Importância de reuniões da equipe para coordenação dos cuidados	+	-
	Programação de ações de promoção e prevenção pela equipe	+	-
	Delegação de ações de educação em saúde	+	-
Práticas e Saberes Orientados para a Família	Multiplicidade de condições agudas e crônicas	+	-
	Importância da visita domiciliar no cotidiano do trabalho no PSF	+	-

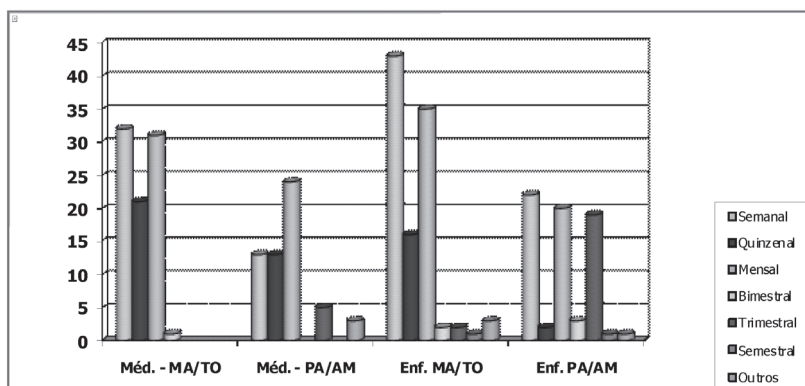
Considerando-se as Competências Gerais, a pesquisa aponta para uma adequação geral dos entrevistados.

Em relação à Continuidade e Integralidade do Cuidado, observa-se também uma adequação evidente.

Em Práticas em Equipe, observa-se uma valorização do processo de trabalho em equipe, a partir do reconhecimento da importância de reuniões de equipe para coordenação dos cuidados e da programação de ações de promoção e prevenção pela equipe. Salientamos, no entanto, que obtivemos um número considerável de respostas de médicos de família, que se percebiam de maneira inadequada em relação à delegação de ações de educação em saúde para outro profissional da equipe que não ele próprio, apontando para o enfermeiro como o profissional mais bem preparado para realização das atividades de educação em saúde e retirando de si tal responsabilidade, o que reforça certa restrição de seu campo de atuação a atividades ambulatoriais e visitas domiciliares.

Observamos que as Práticas e Saberes orientados para a Família traduzem a essência do trabalho em Saúde da Família, a partir da multiplicidade de condições agudas e crônicas e da valorização da visita domiciliar no cotidiano do trabalho em PSF. Desta maneira, inferimos que os médicos e enfermeiros da Saúde da Família pesquisados utilizam alguma reflexão sobre o conceito amplo de saúde no seu cotidiano.

**Gráfico 1: Referente à frequência da realização de atividades educativas por médicos e enfermeiros nas Unidades de PSF, 2006**

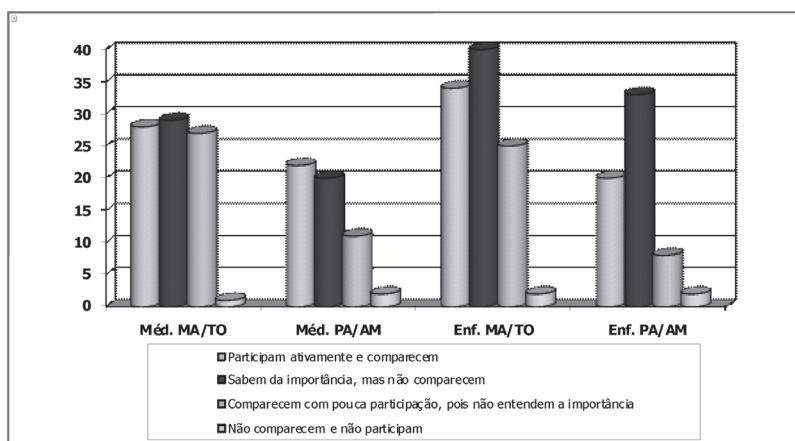




Podemos observar que há certa discrepância entre o que pensam os médicos e os enfermeiros a respeito da frequência de atividades em grupo realizadas pelas equipes de Saúde da Família. Os enfermeiros, além de valorizarem mais uma frequência semanal e mensal, reconhecem todas as outras frequências apresentadas, o que não ocorre com os médicos.

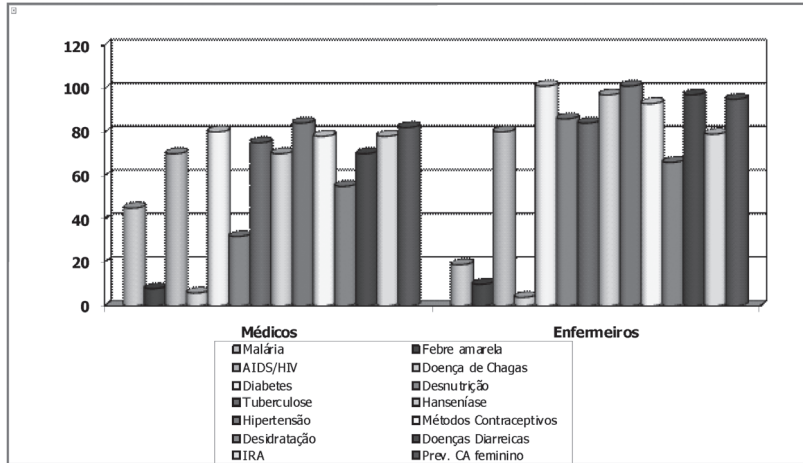
A despeito disto, inferimos que há uma tentativa de se apresentar à população uma resposta para além da consulta médica e de enfermagem, o que condiz com a proposta de trabalho na Saúde da Família.

**Gráfico 2: Importância atribuída pela comunidade, na opinião dos médicos e enfermeiros, às atividades em grupo realizadas pelas Equipes Saúde da Família, 2006**

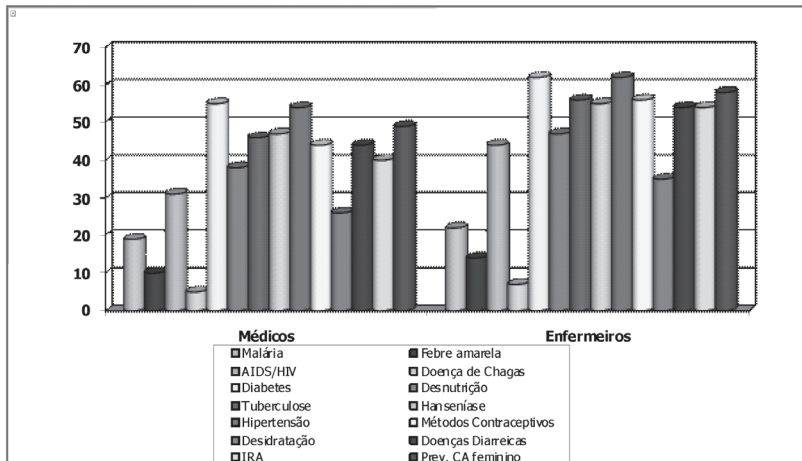


A realização de atividades de grupo nas unidades é percebida pelos médicos e enfermeiros como um movimento da comunidade na direção principalmente de uma participação onde prevalece o “sabem da importância, mas não comparecem”. Estratégias de comunicação mais eficazes entre os profissionais da equipe e a comunidade parecem ser uma necessidade fundamental a ser trabalhada na educação permanente para a região pesquisada.

**Gráfico 3: Temas sugeridos por médicos e enfermeiros de Maranhão e Tocantins, para serem realizados, em treinamento, junto às equipes Saúde da Família, 2006**



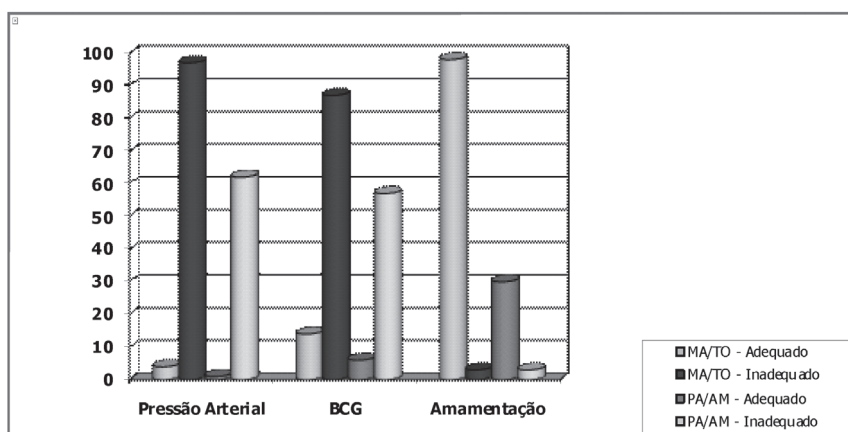
**Gráfico 4: Temas sugeridos por médicos e enfermeiros de Pará e Amapá, para serem realizados, em treinamento, junto às equipes Saúde da Família, 2006**



Observamos que a maioria dos médicos e enfermeiros pesquisados reconhece alguns temas gerais da Medicina e da Enfermagem como de grande importância para um olhar amplo sobre a comunidade, confirmando que estes são profissionais que não escolhem sua clientela a partir de sexo, idade, patologia ou condição. No entanto, chama a atenção a prevalência com que aparecem citados temas sobre Diabetes e Hipertensão, fazendo-nos supor que estas patologias, de grande importância, exigem uma capacitação constante da equipe.

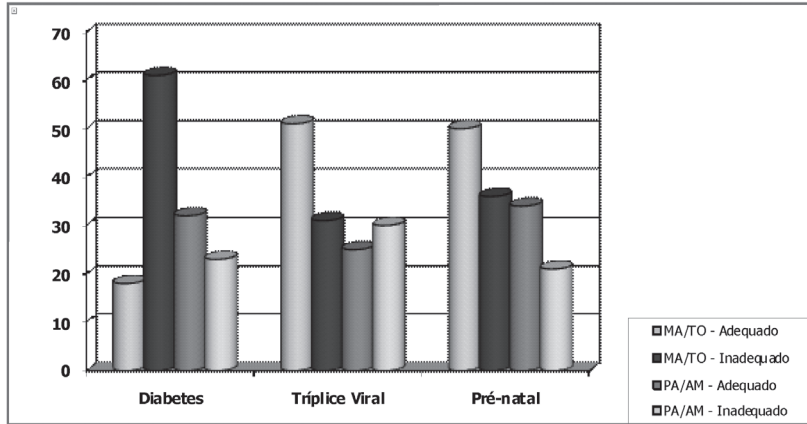
Na seção sobre Saberes da Vivência Prática em Saúde da Família, pesquisamos principalmente a percepção que tinham os médicos e enfermeiros sobre práticas em Saúde da Família consideradas centrais, devido a sua frequência e importância, como: hipertensão, diabetes, imunização, doenças sexualmente transmissíveis, pré-natal de baixo risco.

**Gráfico 5: Acompanhamento pelos Enfermeiros: aferição da pressão arterial, imunização (BCG) e amamentação, 2006**



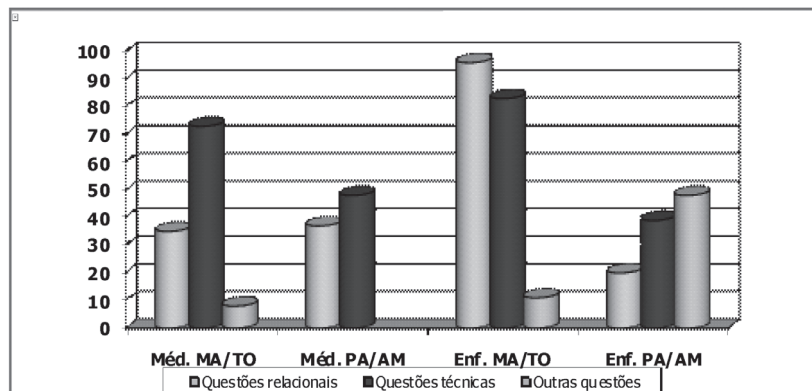
Os enfermeiros pesquisados parecem necessitar de educação permanente em relação à técnica de aferição da pressão arterial e aplicação vacina BCG. A especificidade das questões onde aparece a inadequação é: “Quais são os principais cuidados na técnica de verificação da pressão arterial?” e “Qual a dose, a via de administração e os cuidados que devem ser observados na administração da vacina BCG?”. Os enfermeiros reconhecem, com destaque, que têm uma boa adequação ao tema da amamentação.

**Gráfico 6: Acompanhamento pelos Médicos: diabetes, tríplice viral, pré-natal, 2006**



Os médicos pesquisados demonstraram estar inadequados para o acompanhamento de usuários com diabetes. A especificidade da questão foi perguntar-lhes: “No acompanhamento do Diabetes tipo II, com que periodicidade você solicita exame de fundo de olho como medida de prevenção das retinopias diabéticas?”. Em relação à imunização (tríplice viral) e ao pré-natal de baixo risco, os médicos estão na condição de adequados.

**Gráfico 7: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes importantes em Saúde da Família para resolver os problemas de saúde mais frequentes. Médicos e Enfermeiros, 2006.**



Em relação a esta questão, a formulação, tanto para médicos quanto para enfermeiros, foi a seguinte: “De uma maneira geral, que conhecimentos, habilidades e atitudes você considera importantes para suprir as necessidades de saúde das pessoas que atende no PSF?”. Podemos observar que os médicos valorizam mais as questões técnicas do que as relacionais, ocorrendo o contrário em relação aos enfermeiros, cuja formação, voltada para o cuidado, estabelece um encontro diferenciado com as pessoas que acolhe. Os médicos, com uma formação centrada na doença, na especialização, no ambiente hospitalar e uso de tecnologias caras como parâmetro de boa qualidade médica, estabelecem, dentro da cultura médica, um ideal de profissão que propicia o entendimento de que as questões técnicas sejam mais reconhecidas do que as relacionais diante das ações cotidianas de seu trabalho.

Finalmente, as principais dificuldades, críticas e sugestões apontadas pelos médicos e enfermeiros em relação à Saúde da Família, foram as seguintes:

- referência e contrarreferência inexistente/ineficaz;
- demanda excessiva de atendimento;
- falta de infraestrutura;
- precárias condições de trabalho;
- falta de medicamentos, equipamentos e recursos materiais;
- ausência da coordenação local na unidade PSF;
- capacitação precária da equipe;
- dificuldades em informar melhor a população sobre metodologia de trabalho no PSF;
- dificuldade de encontrar profissionais com perfil adequado ao PSF;
- falta de valorização profissional;
- dificuldades em relação à intersetorialidade;
- área adscrita muito extensa;
- falta de transporte;
- condições precárias de moradia, escolaridade, trabalho, saneamento, habitação e alimentação da população adscrita;
- falta de motivação e compromisso dos profissionais;
- dificuldades relacionais entre os membros da equipe Saúde da Família e gestores/ gerentes do município.

Esta lista traduz um relato livre de médicos e enfermeiros, que identificaram, por ordem de importância, a referência e contrarreferência inexistente ou ineficaz como o maior problema a ser enfrentado pela Saúde da Família, o que reflete uma questão comum em todo o país na relação com os gestores, que necessita de ajustes importantes. Percebemos também uma forte preocupação, sobretudo com as relações estabelecidas entre profissionais e comunidade, as dificuldades de se encontrar profissionais com perfil adequado à metodologia de trabalho no PSF; embora denunciem também precariedades na relação com o gestor e na infraestrutura e condições de trabalho. Articulando as dificuldades relatadas com os outros resultados obtidos, podemos refletir como a Saúde da Família, embora tenha impacto positivo na atenção a saúde ofertada à população, enfrenta de maneira geral grandes obstáculos à sua qualificação.

## Conclusões

A partir desta pesquisa, identificamos que os médicos e enfermeiros que trabalham na Saúde da Família da Região Norte estabelecem um perfil profissional de competência onde há necessidades específicas de educação permanente, estando, no entanto, dentro de um limite de adequação compatível com o esperado, considerando os padrões estabelecidos pelo WONCA Europa. No entanto, particularidades relacionadas à questão da saúde e dos modelos assistenciais devem ser consideradas. A expectativa é que se estabeleçam desenhos de novos conceitos de rede de saúde, onde a referência e contrarreferência e a seleção criteriosa de um profissional adequado estejam organizadas a contento, para garantir a equidade e a integralidade da atenção, grandes objetivos do SUS.

A mera adesão à Estratégia de Saúde da Família não garante por si só a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede, à melhoria da gestão e aperfeiçoamento da gerência do SUS. Além disso, a capacitação profissional é precária frente à demanda de formação exigida.

É importante ressaltar e reiterar a importância de repensar saberes e práticas dos profissionais da Saúde da Família, bem como rediscutir a atuação dos gestores e seus compromissos na construção do SUS que desejamos.

## Referências

- BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *D.O.U.*, Brasília, 23 dez. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Balanco das Ações*: 1º semestre de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Saúde, Brasil*. Duas décadas de transformação social. Brasília: Ministério da Saúde, n. 147, ago. 2008.
- MARANHÃO, E. A. In: ALMEIDA, M. A Construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. Londrina: Rede UNIDA, 2003.
- PERRENOUD, P. *Construindo as competências desde a escola*. Porto Alegre: ArtMed, 1999.
- WONCA EUROPA. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar), 2002. Disponível em: <http://sbmfc.org.br>. Acesso em: 30 jan. 2007.

## *Abstract*

### *Assessment of Competence of Physicians and Nurses of the Family Health Team in the Northern Region of Brazil*

In 2006, a quantitative study was accomplished, based on the analysis of questionnaires, applied to both physicians and nurses in the States of Maranhão, Tocantins, Pará and Amapá. The research is part of the Family Health Expansion Project (PROESF), subsidized by the Health Ministry and conducted by the Cesgranrio Foundation. Competences were analyzed and grouped according to the parameters of WONCA Europe (European Society of Family Medicine), and supported by the World Health Organization (WHO, WONCA, 2002). A total of 346 questionnaires were answered - 160 by physicians and 186 by male/female nurses. The questionnaire comprised the same questions to physicians and nurses and, after computing data, the results in both groups were quite similar, what made us infer that there is a nucleus of shared competences. As a result, it is clear that both physicians and nurses working with Family Health in this region establish a personal competence profile that shows specific needs in continuing education. As a conclusion, the mere compliance with Family Health strategies does not assure the dynamics and success of actions related to network re-organization and improvement of SUS management. Furthermore, professional capacity is poor, as compared to the exigencies of the required formation.

► **Key words:** Professional competences; physicians and nurses; Family Health Program.